

определяли по формуле: $p = e^Y / (1 + e^Y)$, где $e = 2,72$. Низкой считали вероятность 0,25, средней - 0,26-0,75 и высокой – 0,76 и более.). Для оценки прогностической ценности показателей в сформированной модели прогноза рассчитаны значения AUC (Area Under Curve – площадь под ROC кривой). С учетом полученных значений AUC прогностическая ценность модели может быть оценена как средняя.

По результатам проведенного исследования пациентов с АГ II степени разделили на три группы: с низким среднесрочным риском развития суммарного числа инсультов, инфарктов миокарда и летальных исходов - 79% (169 пациентов), средним риском - 14,5% (31 пациент) и высоким – 6,5% (14 пациентов).

Заключение.

Развитие у пациентов с АГ II степени в ближайшие $2,6 \pm 1,3$ года суммарного числа неблагоприятных исходов достоверно коррелирует с величиной учащения синусового ритма после желудочковой экстрасистолы (ТО), интенсивностью замедления синусового ритма, следующей за учащением (TS), циркадным индексом, максимальной ЧСС, зарегистрированной при проведении ХМ.

Выявлена достоверная корреляция суммарного числа инфарктов миокарда, инсультов, летальных исходов с размерами левого предсердия, левого желудочка, массой миокарда левого желудочка и его фракций выброса. Вероятность развития неблагоприятных исходов ассоциирована с наличием в анамнезе эпизодов нестабильной стенокардии, гипертонических кризов.

Разработан метод выделения групп пациентов с АГ II степени с высоким (6,5%), средним (13,6%), низким (79,9%) риском развития суммарного числа неблагоприятных исходов, показана достаточная чувствительность и специфичность.

Выделение групп пациентов с АГ, имеющих различный риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов может позволить обосновать как комплекс обследований, так и индивидуализированные подходы к лечению.

Литература:

1. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension / B. Williams [et al.] // Journal of hypertension. – 2018. – Т. 36, №. 10. – С. 1953–2041.
2. Козловский, В. И. Метод длительного самостоятельного контроля артериального давления. Фокус на повышение эффективности лечения / В.И. Козловский, А.В. Симанович // Вестн. ВГМУ. – 2016. – Т. 15, №. 1. – С. 63–69.
3. Возможности прогнозирования неблагоприятных исходов у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких / В.И. Козловский [и др.] // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2015. – №. 4. – С. 80–84.
4. Aleynikova, T.V. Assessment of Heart Rate Variability and Heart Rate Turbulence Parameters in the Patients with Arterial Hypertension of the II Degree / T.V. Aleynikova // Journal of Pharmacy and Pharmacology. – 2018. – Is. 6. – P. 935–939.

УДК 616.24-002.3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО

Афони́на А.Ю., Козловский В.И., Скляренко Н.В., Мамчур Е.Р.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Диагностика заболеваний легких в ряде случаев представляет собой весьма сложную проблему. Особенно затруднительна диагностика мелких и не

дренированных абсцессов легких [1, 2]. В представленной работе мы проанализировали один из достаточно сложных случаев диагностики абсцесса лёгкого редкой этиологии.

Абсцесс легкого – это гнойно-деструктивный ограниченный процесс в легких, характеризующийся образованием одной или несколько полостей с гнойным содержимым в легочной паренхиме, окруженных грануляционной тканью, зоной перифокальной воспалительной инфильтрации [1].

Цель. Анализ клинических проявлений и результатов обследования пациентки с абсцессом легкого.

Материал и методы исследования. Пациентка П., 1950 г.р. 13.02.17 г. поступила в приемный покой УЗ «ВГЦКБ» с жалобами на общую слабость, головокружение, редкий малопродуктивный кашель по направлению УЗ «ВОКЦП и Н».

Из анамнеза известно, что пациентка находилась на лечении в УЗ «ВОКЦП и Н» с признаками органического депрессивного расстройства. С молодости страдала хроническим бронхитом, с 2002 года состояла на учете по поводу новообразования тела матки (оперирована в 2002 г.).

На момент поступления состояние пациентки расценивалось как тяжелое. Пульс 82 уд. в мин., АД 90/50 мм. рт. ст. ЧД 20 в мин. При аускультации легких выслушивались сухие хрипы с обеих сторон. Учитывая тяжесть состояния, пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение с диагнозом: внегоспитальная двухсторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. ХОБЛ, смешанный тип, средней степени тяжести, обострение. Органическое депрессивное расстройство. Заболевание тела матки T1N0M0 I ст, III кл. гр. (хирургическое лечение в 2002 г.). Кахексия.

Для уточнения диагноза поставлена задача исключить метастазы в легкие, туберкулез легких.

В реанимационном отделении проводилась антибиотикотерапия, антикоагулянтная терапия, прием муколитиков, инфузионная терапия.

В общем анализе крови от 13.02.17 г.: эритроциты $3,81 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 89 г/л, цветной показатель 0,7, лейкоциты $5,8 \cdot 10^9/л$, СОЭ 22 мм/ч, п 42%, с 52%, м 1%, л 5%.

В биохимическом анализе крови от 13.02.17 г.: общий белок 50 г/л, мочевины 5,7 ммоль/л, креатинин 61 мкмоль/л, билирубин общий 15,9 мкмоль/л (прямой 3,4), АсАТ 80 Ед/л, АлАТ 43 Ед/л, амилаза 32 Ед/л.

При УЗИ органов брюшной полости от 13.02.17 г. обнаружены диффузные изменения печени, поджелудочной железы; коллатеральный кровоток в воротах печени; отек стенки желчного пузыря; атероматоз стенки брюшного отдела аорты; двусторонний гидроторакс; асцит.

На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки от 15.02.17 г. - по всем отделам легких, на периферии, в прикорневых областях перибронхо-периваскулярно, определяются множественные сливные фокусы неправильной формы с множественными разновеликими полостями в виде ячеек и отдельные полостные фокусы, все выявляемые изменения измерению не подлежат, в полостях на фоне газа виден пристеночный компонент, выпуклой формы; с двух сторон в плевральных полостях определяется выпот, толщина слоя выпота больше справа 20 мм; лимфаденопатии не отмечено. Заключение: по КТ картине аспергиллез легких, двусторонний выпотной плеврит; консультация фтизиатра.

При фибробронхоскопии от 17.02.17 г. выявлен двусторонний диффузный атрофический эндобронхит; содержимое бронхов была отправлено на исследование в санэпидемстанцию.

Учитывая изменения на рентгенограммах органов грудной клетки - картина двухсторонней полисегментарной пневмонии (?) метастатическое поражение (?), а также

ввиду значительного снижения массы тела в течение нескольких месяцев, возникло предположение о прогрессировании опухолевого заболевания тела матки с метастатическим поражением легких.

Исходя из результатов МСКТ, а также предположения о прогрессировании опухолевого заболевания тела матки, пациентка консультирована онкологом и фтизиатром, которые исключили патологию своего профиля.

На основании данных КТ, заключения специалистов, далее лечение проводилось в условиях пульмонологического отделения, где пациентка принимала антибиотикотерапию (левофлоксацин), противогрибковую терапию (вариконазол), муколитики (амброксол). Результат микробиологического исследования содержимого бронхов от 23.02.17 г. - грибы рода *Aspergillus* не выделены; выделены *Str. Viridians*, скудный рост (чувствительность: амоксициллин, офлоксацин, тетрациклин, азитромицин; устойчивость: цефалексин, оксациллин, цефтазидин); выделены грибы рода *Candida*, скудный рост (чувствительность: нистатин, амфотерицин; устойчивость: флюконазол, кетоконазол, клотримазол). Учитывая данные этого исследования лечение скорректировали: был назначен азитромицин и нистатин.

Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки ухудшалось, нарастали явления легочно-сердечной недостаточности и 02.03.17 г. после безрезультатных реанимационных мероприятий была констатирована биологическая смерть.

По результатам аутопсии у пациентки на фоне хронической обструктивной болезни легких выявлены абсцессы, осложнившиеся легочно-сердечной недостаточностью, что и привело к смерти. Был выставлен следующий патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: (J85.1) Множественные абсцессы обоих легких. (Микробиологическое исследование от 07.03.17 г.: стенка абсцесса с прилегающей тканью нижней доли правого легкого – получен рост *acinetobacter baumannii*).

Фоновое заболевание: Хронический обструктивный бронхит с наличием диффузного пневмосклероза эмфиземы легких, фиброзных спаек плевральных полостей, формированием хронического легочного сердца.

Осложнения основного заболевания: двухсторонняя полисегментарная очаговая пневмония с преобладанием фибринозно-гнойного состава воспалительного инфильтрата. Острое общее венозное полнокровие, дистрофия паренхиматозных органов. Легочно-сердечная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: С-г тела матки T1N0M0, I ст, III кл.гр.(хирургическое лечение 2002 г.). Органическое депрессивное расстройство (по клиническим данным). Стенозирующий (до 2/3 просвета) атеросклероз коронарных артерий, мелкоочаговый миокардиосклероз. Атеросклероз церебральных артерий. Атерокальциноз аорты и подвздошных артерий. Хронический индуративный панкреатит. Монолобулярный цирроз печени с высокой стромальной и низкой паренхиматозной активностью. Хронический атрофический гастрит.

Заключение. Таким образом, у пациентки абсцессы легких не были прижизненно диагностированы не только при рентгенологическом обследовании, но и при компьютерной томографии. Обращает на себя внимание относительно редкая причина абсцессов легкого - *acinetobacter baumannii*, что следует учитывать при лечении пациентов, особенно длительно находящихся в медицинских учреждениях, имеющих высокий риск иммунодефицитных состояний [1, 2].

Литература:

1. Трисветова, Е.Л. Нагноительные заболевания легких / Е.Л. Трисветова. – Минск : БГМУ, 2016. – 36 с.
2. Нагноительные заболевания легких : нац. клин. рекомендации / Е.А. Корымасов [и др.]. – 2018. – 37 с.